



Medellín, diciembre de 2010 AÑO 9 N° 22  
ISSN 1657 - 5415

# Observatorio de la seguridad social

**GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES**

## La reforma pensional en Colombia

El sistema general de seguridad social colombiano ha sido objeto de sendos análisis sobre su grado de pertinencia, efectividad y sostenibilidad financiera, entre otros temas clave. A la luz de los principios y propósitos definidos en la Ley 100 de 1993, el desarrollo gradual y simultáneo de los tres subsistemas creados (salud, pensiones y riesgos profesionales) ha arrojado resultados parciales que en la actualidad son objeto de serias y fundadas críticas. Sobre todo cuando los tres subsistemas se interconectan y su grado de correspondencia mutua es significativo tanto desde el punto de vista operativo como financiero.

Desde una perspectiva de conjunto, los estudios evaluativos en cada componente del sistema de seguridad social han recibido una atención diferenciada. De manera particular, el sistema de salud ha contado con un número significativo y selecto de estudios evaluativos. Por su parte, el sistema pensional ha tenido, comparativamente, una menor visibilidad académica, así como una divulgación

menos expansiva en los espacios de discusión académica y política. En esta misma línea de reflexión, el tema de riesgos profesionales no ha recibido un tratamiento analítico proporcional a su importancia sanitaria y socio-laboral.

Esta Observación tiene como objetivo colmar parcialmente este déficit respecto a otros análisis igualmente relevantes con miras a contribuir en el proceso de evaluación integral de la política de seguridad social en Colombia. Es por ello que se exponen algunos de los elementos básicos para el debate actual de las pensiones en Colombia. Allí se ilustran de manera breve y precisa los aspectos tanto históricos, normativos y de políticas públicas que ha generado el enorme déficit pensional en la actualidad. Asimismo, los autores evalúan de manera sucinta algunas de las propuestas planteadas por el actual gobierno y proponen otras alternativas a fin de contribuir en fórmulas que garanticen un sistema pensional con amplia cobertura y financieramente auto sostenible en el mediano y largo plazo.



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

## Elementos para el debate actual de las pensiones en Colombia<sup>1</sup>

*Andrea Durango Agudelo  
Edison Alonso Hernández G*

El análisis de la situación actual del sistema pensional colombiano gira alrededor de la presión fiscal que este ejerce sobre las finanzas públicas y de los efectos sociales que pueden generar sus soluciones. Motivos como el alto pasivo y déficit pensional, el crecimiento de los pagos para pensiones por parte del Estado, la baja cobertura, la implementación de un nuevo impuesto a las mesadas pensionales, la deficitaria relación entre cotizantes y afiliados, así como el tema problemático de la transición demográfica, están generando la necesidad de una nueva reforma pensional en el país. El objetivo principal de este escrito consiste en brindar, de forma general, las herramientas necesarias para la comprensión de la crisis actual del sistema pensional colombiano.

### I. ¿Cuál es el origen de la situación actual del sistema pensional colombiano?

Una breve revisión a los antecedentes del sistema permite colegir que la crisis pensional en Colombia es un problema acumulado históricamente.

#### A. Breves antecedentes del problema

En 1946 se crea la Caja Nacional de Prevención Social –CAJANAL– con el fin de que los trabajadores del sector público pudieran acceder a una renta que asegurara la satisfacción de sus necesidades en la tercera edad. Esta pensión sólo estaría garantizada por el empleador, es decir, el empleado no debía hacer ningún esfuerzo por obtenerla. En 1967 para igualar las cargas entre los trabajadores del sector público y privado, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales –ICSS–, entidad pública que diez años después se transformó en el Instituto de Seguros

Sociales –ISS–. Pero esta vez la financiación se hace tripartita, donde el empleador debía cotizar para la pensión de su empleado el 3% del Ingreso Base de Cotización (IBC)<sup>2</sup>, el empleado el 1.5% y el Estado el 1.5% (Rodríguez, 1992).

El ISS entró a funcionar como un sistema de prima media o de reparto simple, en el cual los trabajadores aportaban a un fondo común y de ahí se sacan las mesadas necesarias para pagar las pensiones. Es necesario observar que en este tipo de sistema, el financiamiento depende del crecimiento demográfico; es decir, que debe haber una relación positiva entre el número de cotizantes y el número de pensionados, donde necesariamente los primeros tienen que ser superiores a los segundos.

Con el propósito de que el sistema pensional creado con el ISS fuera viable en el tiempo, se proyectó una tabla de contribución empezando con el 6% del IBC (Ingreso Base de Cotización) en 1967 y aumentándola gradualmente hasta llegar al 22% en 2001 (Rodríguez, 1992). Pero el problema surge cuando el aumento real se ubica por debajo del aumento proyectado. Por ejemplo, en 1992 se encontró que el incremento real de las cotizaciones al sistema pensional era tan solo del 6.5%, cuando según la proyección debió ser del 18%. Por su lado, el gobierno nacional incumplió con lo establecido, al dejar de pagar el porcentaje de la cotización que le correspondía, acumulando una deuda en el año 2000 de \$2,2 billones con los trabajadores que cotizaron al ISS entre 1967 y 1973<sup>3</sup>. En este orden de ideas, las obligaciones pensionales en valor presente de 1992 equivalen a \$4,7 billones de pesos a precios constan-

1 Este escrito es una síntesis de una parte del trabajo de grado de los autores para optar al título de economistas de la Universidad de Antioquia: “Balance y perspectivas del sistema pensional colombiano: análisis de su viabilidad financiera y social”, 2011.

2 El Ingreso Base de Cotización es el salario sobre el cual el empleado cotiza a un fondo de pensiones, con el fin de obtener reservas para poderse pensionar en un futuro.

3 *Vicepresidencia de Pensiones del ISS*. En: “Deudas a favor del ISS desde el año 1967 hasta al año 2000”. Abril de 2001.

tes del mismo año, mientras las reservas acumuladas sólo alcanzaban \$0,4 billones y la deuda causada de las pensiones del sector público llegaba a \$5,1 billones. En suma, la deuda acumulada representaba en 1992 el 30.7% del PIB (Ayala, 1992).

Pero a lo anterior se adicionan otros problemas. De un lado, la evasión laboral de algunas empresas con el sistema pensional, violando las disposiciones legales; y en el otro las transferencias de fondos, es decir, cuando parte de las reservas que existían para las pensiones se destinaron a financiar la enfermedad general y de maternidad que también estaba a cargo del ISS. En consecuencia, se puede decir que un elemento a tener en cuenta para el debate actual sobre pensiones, es reconocer que desde sus primeros años de operación el sistema comenzó a experimentar un desequilibrio financiero, el cual se agudiza en el ISS y termina por acumularse en la actual deuda pensional.

## B. Normatividad

La Ley 100 de 1993 cambia el diseño de la seguridad social en Colombia. Con el fin de que el sistema pensional fuera auto sostenible y no siguiera acumulando deuda pensional hacia al futuro, las pensiones serían administradas por el sector público y privado, entre otras reformas destacables. De esta manera, se crea el sistema dual<sup>4</sup>. De un lado, se mantiene el Régimen de Prima Media con prestación definida –RPM– administrado por el ISS y, del otro, se adopta el Régimen de Ahorro Individual con cotización definida –RAI–, manejado por Administradoras de Fondos Pensionales Privados –AFPS–. La diferencia entre el RPM y el RAI se presentan en el Cuadro 1, teniendo en cuenta los cambios hechos por la leyes 797 y 860 de 2003.

Con la Ley 100 de 1993 no solo se creó el sistema dual, sino que también se crearon otros componentes que

**Cuadro 1.** Diferencia entre el régimen de prima media y el régimen de ahorro individual.

Concepto	RPM	RAI
Definición	La cotización del individuo va a un fondo común, de donde luego se puede obtener la mesada del pensionado.	La cotización del individuo va a una cuenta individual que se capitaliza con la rentabilidad del portafolio de inversiones, para finalmente alcanzar la pensión de la misma cuenta.
Requisitos para la pensión	Edad (55 mujeres y 60 hombres) y semanas cotizadas (1200 actualmente) <sup>5</sup>	Cuando el capital acumulado en la cuenta de ahorro individual le permita al afiliado obtener una pensión mensual, superior al 110 % del salario mínimo legal mensual vigente en el momento que desea pensionarse.
Monto de la pensión	Del 45% al 80% del IBL <sup>6</sup> , este porcentaje va a depender del número de semanas cotizadas y de los rendimientos financieros de su cuenta (para el caso del RAI), no puede ser inferior a 1 (uno) S.M.M.L.V.	
Tipo de pensión	Vejez, invalidez y sobrevivencia	
Tasa de cotización	16.5% de IBC (75% empleador y 25% empleado) <sup>7</sup>	
Distribución de la cotización	13.5% al fondo común, 3% para administración y seguros.	12% para la cuenta de capitalización, 3% para Admón. y seguros, 1.5% para el fondo de solidaridad pensional.
Forma de pensión cuando es por vejez	Prestación definida, la cual se calcula a partir del IBL.	Retiro programado, renta vitalicia o retiro programado con renta vitalicia.

Fuente: Cálculo de los autores, con base en la Ley 100 de 1993, 797 y 860 de 2003.

4 La ley también crea los regímenes especiales, los cuales en la actualidad son una alta carga fiscal para el Estado y deja algunas profesiones excluidas.

5 La edad aumentará en dos años en el 2014, pasando de 55 a 57 años en las mujeres y de 60 a 62 años en los hombres. En el caso de las semanas cotizadas, éstas van en aumento de 25 semanas por año hasta llegar a 1300 en 2015.

6 El Ingreso Base de Liquidación (IBL), también conocido como tasa de remplazo, es el monto de la pensión de la persona que adquiere el derecho a obtenerla. Este se calcula con base en el salario promedio sobre el cual se cotizó en los 10 últimos años.

7 A partir de 4 salarios mínimos y hasta 19, la tasa de cotización es del 17.5%, de 20 hasta 25 salarios es del 18.5%. Estos puntos de más no hacen parte de la cuenta individual o del fondo común del cotizante, sino que se destinan para la garantía de pensión mínima.

hoy en día son de vital importancia para entender la problemática de las pensiones en el país. Estos son: el Régimen de Transición –RT– y la Garantía de Pensión Mínima –GPM–. La idea del RT es que los afiliados conserven el régimen aplicable antes de la Ley 100 en cuanto a edad, tiempo de servicios y monto de la pensión<sup>8</sup>. Este régimen solo aplicaba a los afiliados que cumplieran con las siguientes condiciones: ser mayor de 35 años si es mujer o de 40 años si es hombre, o a los afiliados que tuvieran más de 15 años de servicio cotizando antes de la Ley 100 de 1993.

Por su parte, la GPM es la obligación del Estado colombiano de garantizarle a los afiliados del sistema una mesada no inferior a un salario mínimo mensual legal vigente. Para acceder a ella deben cumplirse los siguientes requisitos: no ser candidato a pensión en ningún régimen; tener 57 años mujeres o 62 años hombres en el caso del RAI, y 55 años mujeres o 60 años hombres en el caso del RPM; tener mínimo 1.150 semanas cotizadas en el RAI o 1.000 semanas en el RPM.

### C. Repercusiones de la Ley 100 de 1993, Ley 797 y 860 de 2003 y Acto Legislativo 01 de 2005

Son varios los factores que llevaron al gobierno de Cesar Gaviria Trujillo (1990 -1994) a presentar ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley 155 de 1992, luego Ley 100 de 1993. Estos factores son: la deuda pensional que se venía acumulando desde la creación del sistema en 1946 y que se cargaba sobre las finanzas del Estado; la ineficiencia administrativa, económica y financiera de las administradoras del RPM –que para ese entonces eran más de 1.000, entre cajas y fondos de pensiones–; la baja cobertura del sistema que, según la Superintendencia Financiera de Colombia (2010), era del 27% de la población económicamente activa en 1997; la informalidad y las altas tasas de desempleo características del mercado laboral colombiano; por último, el proceso

de transición demográfica caracterizado por la baja natalidad, el envejecimiento de la población y el aumento de la expectativa de vida.

Prácticamente, con estos mismos argumentos, diez años después el gobierno de Álvaro Uribe Vélez sanciona la Ley 797 y 860 de 2003, así como el Acto Legislativo 01 de 2005. De forma general se puede decir que la Ley 100 de 1993 implementa en Colombia un nuevo sistema pensional, pasando –al igual que muchos países de América Latina en la época– de un sistema administrado por solo entidades públicas a un sistema con administración mixta (público y privado). Por su lado y con el objetivo de que el sistema pensional fuera viable en el largo plazo, las leyes 797 y 860 de 2003 y el Acto Legislativo 01 de 2005 buscaron adaptar la Ley 100 a los cambios económicos, demográficos y laborales que experimentaba el país en ese entonces.

Después de todo este soporte normativo, cabe indagar si con la implementación de dichas leyes se ha logrado el objetivo general de corregir los problemas históricos acumulados del sistema pensional. No se podrá negar que algunas reformas han introducido elementos muy importantes para dar solución a la problemática, particularmente sobre la disminución del déficit pensional (ver Cuadro 2). Pero a la vez, dichas reformas crearon y agudizaron otros problemas:

1. La sustracción gradual que se hizo de las fuentes de financiamiento del RPM; es decir, por distintas razones, los nuevos afiliados al sistema pensional migraron o entraron al RAI, afectando directamente los ingresos RPM<sup>9</sup>.
2. No se dio el cierre de todas las cajas de compensación y fondos de pensión insolventes, lo que se traduce en un sostenimiento innecesario de algunas entidades administradoras de pensiones públicas.
3. La creación de la mesada 14<sup>10</sup>, para la cual no se creó ningún fondo de financiación, lo que

8 Según Art. 36 de la Ley 100 de 1993, aunque el Acto Legislativo 01 de 2005 elimina este régimen.

9 A esa fecha, por ejemplo, la participación del RAI en el sistema pensional era del 46%, de donde se estima que el 57% eran afiliados nuevos, mientras que el 43 % provenían del ISS.

10 Creada con la Ley 100 de 1993 en su artículo 142. Consiste en el reconocimiento de un monto equivalente a treinta días de la pensión, que se cancelaba con la mesada del mes de junio de cada año.

Nota: a partir del 29 de abril de 2005, se eliminó para las nuevas pensiones, salvo las pensiones que se causen hasta el 31 de julio de 2011 y que sean iguales o menores a tres salarios mínimos.

representó un costo de un billón de pesos tres años después.

- Los altos costos administrativos, la corrupción, la multiplicidad de esquemas públicos para atender los pagos de seguridad social en pensiones y los defectos del régimen de prima media, no fueron tenidos en cuenta en las leyes en cuestión (Echeverry 2002).

**Cuadro 2.** Evolución del déficit pensional (porcentaje del PIB)

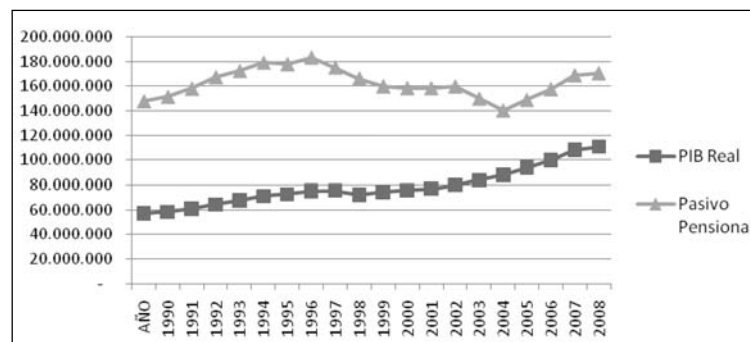
Después de	Valor presente neto/PIB de 2007
Ley 100 de 1993	191
Ley 797 de 2003	166
Acto Legislativo 01 de 2005	148

Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2009.

## II. Estado actual de las pensiones en Colombia

El déficit de las pensiones es uno de los problemas financieros actuales más graves que enfrenta el sistema pensional colombiano. Ciertamente, las obligaciones están excediendo la capacidad de recaudo en el sistema, ejerciendo una fuerte presión sobre las finanzas públicas. Además del problema social que significa este déficit acumulado, a continuación se presenta el estado actual de pensiones en Colombia, para lo cual se plantean inicialmente algunas definiciones básicas con la respectiva evidencia empírica disponible.

**Grafica 1.** Evolución del Pasivo Pensional con respecto al PIB real a precios de 1994, 1990-2009 (cifras en millones de pesos)



Fuente: Cálculos propios. Banco de la República y Superintendencia Financiera de Colombia, 2010.

### A. Pasivo pensional

El Pasivo Pensional del Estado (PP) es un cálculo actuarial que se define como el valor actual de las obligaciones futuras de las pensiones. Este a su vez se descompone en pasivo implícito y explícito. El pasivo implícito se refiere a la deuda futura que el Estado tiene con los afiliados al sistema pensional, excluyendo a los afiliados del RAI, que al momento de su cálculo ni son pensionados ni están recibiendo mesada. Mientras el pasivo explícito se refiere al dinero que es necesario para pagar las mesadas de los pensionados del RPM, de la GPM y de los regímenes especiales, más la deuda que el Estado adquirió con los entes territoriales por el no pago de sus obligaciones antes de la ley 100 de 1993.

La anterior definición se puede escribir con la siguiente ecuación descriptiva<sup>11</sup>:

$$PP = GPM + DEET + PRE + AFILIADOS AL RPM + RT \quad (I)$$

Donde, GPM es la Garantía de Pensión Mínima; RT se refiere al Régimen de Transición; el DEET se refiere a la deuda que el Estado adquirió por concepto de pensiones con los Entes Territoriales antes de la ley 100; el PRE son las pensiones con los regímenes especiales; por último, AFILIADOS AL RPM se refiere a todos los afiliados pertenecientes al régimen de prima media. En la gráfica 1 se puede observar cual ha sido el comportamiento del PP con respecto al crecimiento del PIB.

<sup>11</sup> Las definiciones y ecuaciones aquí presentadas son responsabilidad de los autores, puesto que la literatura no las define como tal. Éstas son el resultado de un extenso análisis a la Ley 100 de 1993, Ley 793 y 860 de 2003 y de un estudio cuidadoso de trabajos enfocados al tema.

Antes de entrar en vigencia la Ley 100 de 1993, el valor presente neto (VPN) del pasivo pensional se registraba en 260% del PIB real. En 2002, con dicha Ley, el PP se ubica en 206%. Los cambios implementados en la Ley 797 y 860 de 2003, lograron reducir el PP a 160% en 2007. Cálculos oficiales indican que a corte de 2009 el VPN de pasivo pensional se redujo a 118% del PIB, gracias a los efectos del Acto Legislativo 01 de 2005. Sin embargo, se presentan dos hechos problemáticos. De una parte, la llegada de nuevos contribuyentes al RPM atraídos por altas tasa de reemplazo, y que alivian los requerimientos de caja de corto plazo, pero que aumentan los pagos en el largo plazo; y de la otra, el irrespeto al régimen de transición, cuando las personas vía tutela pueden reclamar beneficios de la Ley 100, lo cual generaría un incremento del VPN del pasivo pensional hasta el 141 % del PIB a 2014 (Clavijo y Vera, 2010, p. 20).

En general dichas reformas lograron entre 1993 y 2009 reducir el VPN de pasivo pensional en 54.6%. Aunque cabe advertir que un pasivo pensional 2 ó 3 veces el PIB no necesariamente significa un problema para las pensiones. Por ejemplo, si el empleo formal aumenta, también lo haría el pasivo implícito al aumentar el número de afiliados y por ende el PP. Lo que realmente se constituye en un factor de crisis, es cuánto de ese pasivo se puede financiar con recursos propios del sistema pensional y cuánto debe ser financiado por el Estado.

## B. Déficit pensional

El déficit pensional (DP) es el valor presente neto de las pensiones a cargo del Estado. En otras palabras, es el pasivo que no puede ser financiado con los recursos del sistema. Se puede describir de la siguiente forma:

$$DP = PP - R \quad (2)$$

Donde R son las reservas que el sistema tiene para cumplir sus obligaciones respecto a pensiones. Estas reservas son la suma de los ingresos adquiridos, vía cotizaciones, más la rentabilidad en el portafolio de inversión de esas cotizaciones. Según la Contraloría General de la República (2002) el DP del 2002 fue del 192%, mientras el PP alcanzó el 206% del PIB real del 2000. Con esta información se puede deducir que el 14% fue financiado con las reservas del sistema, es decir, las reservas sólo alcanzaron a cubrir el 6,7% del pasivo pensional<sup>12</sup>. Significa que para 2002 el 93.2% del pasivo pensional fue déficit pensional.

## C. Pago anual del Estado

El Estado es el garante principal de las pensiones en Colombia<sup>13</sup>. Por ello cada año hace un aporte directo, ya sea del presupuesto nacional y/o de deuda futura, para asumir el DP (ver gráfica 2). Así, se ha observado como en los últimos 20 años el Estado ha incrementado su pago para pensiones de una forma exorbitante, pasando de 0.7% del PIB real en 1990 a 4.5% en 2010; sin embargo, aún sigue siendo insuficiente para cubrir el déficit pensional; por ejemplo, el acumulado a diciembre de 2009 fue de 21,7 billones de pesos, equivalente al 3.6% del PIB real de ese año (Clavijo, 2009).

El problema de este gasto público es que está sobrepasando a otros rubros de vital importancia en la sociedad colombiana, tales como seguridad y defensa (3,3%), intereses de la deuda (3,3%) y salud (2,6%)<sup>14</sup>. Según cálculos del Ministerio de Hacienda, en el 2010 eran necesarios 76,8 billones de pesos para dar un parte de tranquilidad en el pago de las pensiones; pero aún así, las reservas no lograrían estabilizarse en el mediano plazo. Por su parte, los ingresos destinados al FONPET<sup>15</sup>, que han tenido un comportamiento creciente desde su creación en 1999, tampoco han tenido el impacto esperado para soliviar un poco la

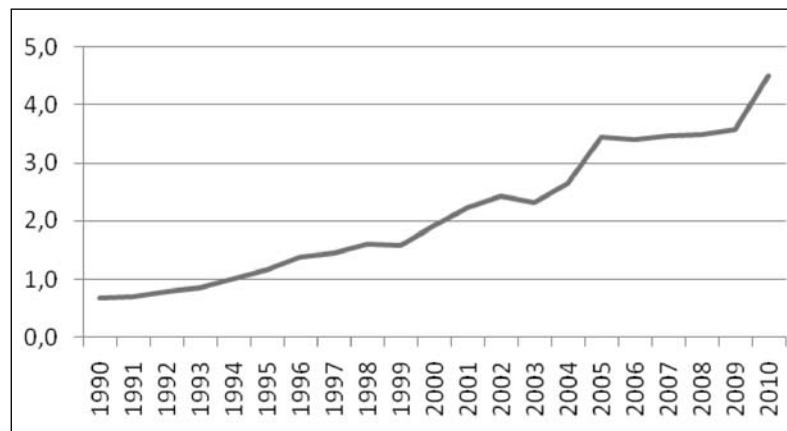
12 Este cálculo se obtuvo así: se introdujeron las cifras en la ecuación dos ( $DP=PP-R$ ) para conocer R, luego se divide R entre PP para obtener su participación y así poder conocer qué porcentaje del PP fue DP.

13 Así lo define la Constitución Política de 1991.

14 Cifras a 2009, registradas por la Superintendencia Financiera de Colombia.

15 El FONPET es un fondo sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de patrimonios autónomos constituidos en Sociedades Fiduciarias, que tiene como objetivo ser un mecanismo de garantía para la constitución de reservas, con las que se efectúan los pagos de las pensiones de los trabajadores públicos de los Entes territoriales.

**Grafica 2.** Evolución del pago de pensiones por parte del Estado (como porcentaje del PIB real), a precios de 1994.



Fuente: Cálculos propios a partir de datos del DANE (2011).

carga del déficit pensional colombiano. Por su parte se espera que los pagos del gobierno lleguen al 4.5% del PIB en 2014 (Clavijo y Vera, 2010).

#### D. Cobertura

La cobertura sirve para verificar los principios de universalidad, solidaridad y sostenibilidad, los cuales son importantes a la hora de observar la viabilidad (social y fiscal) del sistema pensional. La Ley 100 de 1993, al crear el sistema dual de pensiones en Colombia, permite entender la cobertura como la evolución del número de afiliados al sistema dual como porcentaje de la Población Económicamente Activa –PEA–. Según datos de la Superintendencia Financiera de Colombia (2011), a diciembre 31 de 2010 había 15,1 millones de personas afiliadas al sistema, de los cuales 6,4 millones pertenecían al RPM y 8,7 millones al RAI, representando en total un 70% de la PEA.

Sin embargo, la cobertura efectiva, la que se define como los cotizantes activos (los que realmente pagaron en el último mes de corte) como porcentaje de la PEA, y que es la que realmente mide la eficiencia del sistema pensional, ha tenido muy pocos avances en los últimos años. Ello debido a que sólo tuvo un aumento del 3% entre 1997 y 2010, pasando del 27% al 30% de la PEA. Lo anterior constituye un serio problema para el sistema, pues determinar un mecanismo para aumentar su cobertura efectiva traería consigo nuevos costos para el Estado.

En el Cuadro 3 se puede apreciar que de los 15,1 millones de afiliados al sistema pensional, el RPM tiene 1,2 millones de cotizantes activos y 1,1 millones de pensionados, es decir que hay 1,03 cotizantes por cada pensionado. Si las mesadas pensionales se dividen por el número de pensionados, daría como resultado que cada pensionado recibe 15,7 millones de pesos al año, mientras las cotizaciones que se recaudan en el mismo período, son de tan sólo 2,3 millones de pesos por cotizante activo. Significa esto que el régimen tendría un déficit por concepto de la mesada de un pensionado igual a 13,4 millones de pesos. Así las cosas, se necesitarían aproximadamente 6,7 cotizantes para poder cubrir la mesada de un solo pensionado al año.

Una de las causas de que la cobertura efectiva no haya tenido un aumento significativo en los últimos trece años, puede encontrarse en la tasa de informalidad laboral en el país. Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–, dicha tasa fue de más del 58% de los trabajadores colombianos en 2009, de los cuales menos del 20% se encontraban afiliados al sistema pensional como trabajadores independientes. Por lo tanto, es posible corroborar –según el análisis realizado– que los ingresos propios del sistema pensional colombiano son insuficientes para cubrir sus obligaciones, lo que está en el fondo de su crisis financiera.

**Cuadro 3.** Datos a diciembre 31 de 2010 del sistema dual de pensiones.

Régimen		RAI	RPM	TOTAL SISTEMA
Afiliados	Activos	4,774,891	2,133,687	6,908,578
	Inactivos	3,966,765	4,290,910	8,257,675
Cotizantes	Activos	3,487,104	1,174,773	4,661,877
	Inactivos	5,254,552	5,249,824	10,504,376
TOTAL AFILIADOS		8,741,656	6,424,597	15,166,253
Valor de las cotizaciones anuales (\$millones)		7,604,556	2,766,464	10,371,020
Valor de la cotización anual por afiliado (\$)		2,180,765	2,354,892	
Valor de la cotización mensual por afiliado (\$)		181,730	196,241	
Número de pensionados		39,325	1,145,576	1,184,901
Valor de la pensión anual (\$ millones)		572,002	18,039,938	
Pensión anual por afiliado (\$ millones)		14,5	15,7	
Mesada pensional por afiliado		1,212,125	1,312,290	
Número de cotizantes activos por pensionado			1,03	
Número de cotizantes necesarios para cubrir la mesada de un pensionado			6,7	
Faltante por pensionado (\$millones)			13,4	

Fuente: Cálculos propios a partir de los informes presentados por las entidades vigiladas a la Superintendencia Financiera (2010).

### E. Transición demográfica

El “factor poblacional” también se encuentra gravitando en torno a la problemática pensional colombiana. Se estima que en el año 2020 la población del país habrá alcanzado un total de 50.912.429 de habitantes, con una participación de las mujeres del 50.62%. Además del aumento de la esperanza de vida, que actualmente está en 74.5 años, la transición demográfica en Colombia se ha caracterizado por una reducción de la base piramidal poblacional en favor de un ensanchamiento de las zonas medias<sup>16</sup>. Como se aprecia en la gráfica 3, estas tendencias continuarán profundizándose en el futuro, haciendo más ancha la pirámide poblacional para las edades adultas (CELADE, 2010).

Una causa de este fenómeno demográfico es la disminución sistemática de las tasas de natalidad y mortalidad: la tasa bruta de natalidad disminuyó de 28.8 a 19.8 nacidos vivos por cada mil habitantes en el período comprendido entre 1985 y 2010, y se estima continuará disminuyendo durante la próxima década, mientras que la tasa bruta de mortalidad ha

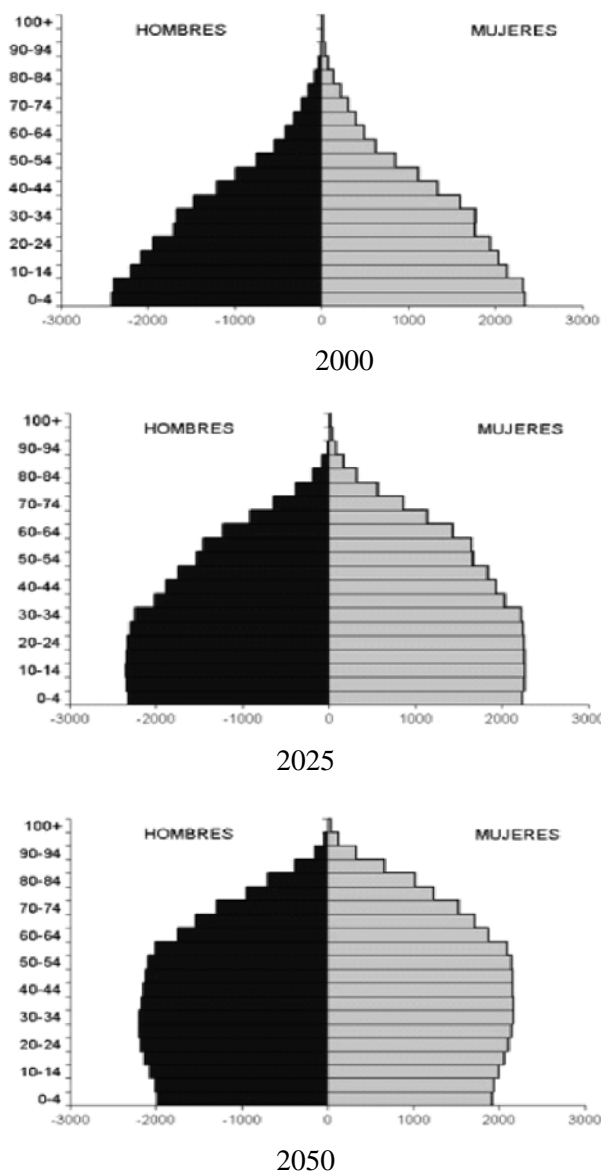
experimentado una reducción menos drástica (de 5.24 en 2010), y se espera llegue a 5.95 por cada mil habitantes en el año 2020 (DANE, 2011).

Las implicaciones de la transición demográfica en el sistema pensional colombiano recaen sobre lo financiero y lo social. Desde lo financiero se puede decir que a medida que la población envejezca, se hace necesario que el número de cotizantes aumente para poder financiar a los nuevos pensionados, donde la relación cotizante-pensionado tendría que superar la relación actual del 6.7. Si por el contrario esta relación no aumenta, que sería lo más lógico en un país con alta tasa de informalidad (57% de la PET), se terminaría –como se ha visto– por generar un impacto negativo para las finanzas públicas. Desde lo social, el ser “adulto mayor” en el mercado laboral implica en muchos casos no encontrar empleo, lo que haría más difícil que los afiliados al sistema puedan alcanzar una pensión por su propia cuenta. Dicho esto, al quedar desprotegida las personas de la tercera edad, el Estado estaría obligado a asistirlas mediante una pensión mínima, lo cual agudizaría más la crisis del sistema pensional.

<sup>16</sup> Durante las dos últimas décadas (período 1985-2005) la población menor de 15 años pasó de representar 38% a 31% dentro del total, mientras la proporción de adultos jóvenes (15-29 años) transitó de 29.8% a 26.3%. De manera contraria, la población entre 30 y 64 años aumentó del 29.2% a 36.4%, y la mayor de 65 años pasó del 4.5% a 6.3%.



**Grafica 3.** Transición poblacional: Población por sexo y edad.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

### III. Análisis de las actuales propuestas gubernamentales para la solución de los problemas del sistema de pensiones.

Desde su origen, el sistema pensional colombiano mostró sus particulares características. Además de los problemas anotados de planeación y organización para la financiación del sistema en el largo plazo, el aumento del pasivo y déficit pensional, los altos costos que tiene que asumir por su cuenta el Estado y, además, la transición demográfica, son factores que han impedido que los esfuerzos gubernamentales de la última década no hayan tenido el impacto esperado. En la actualidad, el Estado hace un reconocimiento de la problemática y con base en ella ha formulado las siguientes propuestas, algunas de ellas contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014:

1. Aumentar la edad para pensionarse en el RPM: de 55 a 57 años para mujeres y de 60 a 62 años para hombres. Esto con el fin de que se iguale la edad para obtener la pensión en los dos regímenes<sup>17</sup>.
2. Cobrarle un impuesto a los pensionados que obtengan mesadas superiores a 4 salarios mínimos mensuales legales vigentes (Artículo 95). Lo anterior sugiere que las personas que a la fecha ya están pensionadas, continúen cotizando al sistema.
3. Limitar todas las pensiones, incluso la de ex presidentes, a 25 S.M.M.L.V.
4. Poner un IVA de 4% a los bienes y servicios que hoy están excluidos, con excepción de salud, educación y servicios públicos no gravados.
5. Generar un ahorro para las pensiones con las reservas del proyecto de Acto Legislativo en curso sobre la "regla fiscal", el cual está compuesto de la siguiente forma: el flujo neto de las operaciones de petróleo del gobierno central deben ser trasladadas en su totalidad al Fondo de Pensiones del Gobierno, vía presupuesto. De esta manera, el fondo es un vehículo de ahorro a largo plazo,

17 Lo nuevo de esta propuesta es tratar de adelantarla tres años, ya que la Ley 797 de 2003 había sentenciado este aumento de edad en 2014. Por otra parte, la edad en el RAI no es un requisito para obtener la pensión, aunque los datos de las AFP muestran que, en promedio, los hombres la obtienen a los 60 años y las mujeres a los 57 años.

cuyos activos financieros ayudarán a pagar las pensiones de una población que envejezca en el tiempo.

Este conjunto de soluciones presentadas por el actual gobierno pueden hacer parte de una nueva e integral reforma pensional. Empero, los altos funcionarios gubernamentales argumentan que si la reforma no se hace antes de cinco años, la deuda pública podría aumentar en cerca de un 20 % del PIB. Si se aplaza diez años, la deuda aumentaría en más del 50% sobre los niveles actuales, lo cual haría las finanzas del Estado totalmente insostenibles (Echeverry, 2002, p. 267).

En todo caso, aceptando el carácter necesario y urgente de la reforma pensional en Colombia, a continuación se analiza brevemente la viabilidad de algunas iniciativas planteadas por el Gobierno Central. Por ejemplo, la propuesta de aumentar la edad para la obtener la pensión (dos años más para hombres y mujeres), partiendo del aumento promedio de la esperanza de vida, es válida y pertinente. No obstante, considerando el elevado déficit pensional colombiano, el efecto real de esta medida no sería muy significativo.

La propuesta de cobrar un impuesto a las pensiones mayores de cuatros S.M.M.L.V tiene su efecto ambiguo. Si bien genera un alivio al déficit pensional, es poco viable desde la perspectiva social, mas aún si se parte de reconocer que los retornos de las pensiones no superan el 80% del IBC, entonces financiar futuras pensiones con dinero de los pensionados termina por disminuirles su capacidad de compra. Por otro lado, la propuesta de aplicar un Impuesto al Valor Agregado –IVA– del 4% encarecería el costo de la vida de todos los colombianos y peor aun de las clases más pobres, que son las que finalmente terminarían pagando este tipo de impuestos.

Finalmente, no cabe duda alguna que los ingresos provenientes del boom petrolero, incluidos en la propuesta de la regla fiscal, aliviarían las finanzas del sistema pensional en el corto plazo. No obstante, esta propuesta no sólo es teórica sino que también es parcial, ya que no soluciona el problema de financiamiento por la vía de los recursos propios del sistema

pensional y, de paso, aumenta la dependencia de los recursos estatales.

#### IV. Notas finales de reflexión

El reto que actualmente enfrenta el sistema pensional colombiano es grande y complejo. Se trata no sólo de transformar el sistema en un modelo auto sostenible financieramente, sino también garantizar la sostenibilidad social. En el campo financiero, el objetivo es reducir el pasivo y el déficit pensional para no seguir comprometiendo las finanzas del Estado. Pero una eventual reforma al sistema va más allá de su estructura y alcance sectorial. Por ejemplo, el complejo mercado laboral, atravesado por elevados niveles de informalidad, es una variable de mucho peso. Desde la sostenibilidad social, la transición demográfica del país, en el mediano y largo plazo, deberá ser asumida de manera consecuente, a riesgo de convertirse en una carga más para un Estado con problemas fiscales de diversa índole.

Como producto de este diagnóstico general, a continuación se plantean algunas propuestas que podrían ser útiles para enfrentar positivamente los desafíos del sistema pensional colombiano en el mediano plazo:

1. Limitar la garantía de pensión mínima. ¿Cómo?  
A) Incluyendo más requisitos para obtenerla, aumentando, por ejemplo, el número de semanas cotizadas. B) Permitir que la pensión mínima esté unos puntos por debajo del salario mínimo. Esto con el fin de crear estímulos a los potenciales beneficiados para cotizar a su pensión.
2. Generar mayores garantías en el mercado laboral. Por ejemplo, castigar drásticamente a las empresas que no paguen el aporte social de sus empleados. Esto se lograría mejorando los procesos de control del sistema de pensiones.
3. Crear incentivos de afiliación al sistema para el sector informal, tales como disminuir la base de cotización; permitir que los afiliados coticen por debajo del salario mínimo y permitir que lo hagan por días.
4. Disminuir la tasa de remplazo de los regímenes especiales, de tal forma que las pensiones sean

acordes a las cotizaciones. De esta manera, no sería necesario un subsidio estatal que discrimine afiliados entre regímenes, lo que permitiría disminuir la presión de las pensiones sobre las finanzas públicas.

La orientación de las anteriores propuestas está motivada por la urgente reducción del déficit pensional en el corto plazo, logrando al tiempo disminuir la presión sobre las finanzas públicas y garantizar sostenibilidad interna. Además, los intereses de la sociedad en general no se verían afectados en el mediano plazo, pues se estarían generando las condiciones reales y seguras para que todas las personas puedan contar con una pensión en el futuro.

### Referencias Bibliográficas

- Ayala, U. (1992). "Introducción a la seguridad y a los seguros sociales", *Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992*. CID Universidad Nacional. Bogotá, Colombia. pp. 18-19.
- Cálculo de la vicepresidencia de pensiones del ISS, en "Deudas a favor del ISS desde el año 1967 hasta al año 2000" Abril de 2001
- Cárdenas, M. "El sistema de pensiones", *Introducción a la Economía Colombiana*, FEDESARROLLO (Bogotá). Primera edición 2007; P. 462-470
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía -CELADE- (2010), [documento en Internet]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade>
- Clavijo, S. (1997). Principios Teóricos y Prácticos del Régimen Pensional Colombiano: Logros y Desafíos de la Ley 100 de 1993. Asofondos. Bogotá.
- \_\_\_\_\_ (2009). "Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and fiscal balances" *IMF Working Paper*, No. 58/09.
- \_\_\_\_\_ y Vera, A. (2010). Los Desafíos Fiscales de Colombia (2010-2014). Anif. Bogotá.
- DANE. (2011), [documento en Internet]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=313&Itemid=84](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=313&Itemid=84)
- Echeverry, J. C. (2002). "Las Claves del Futuro". *Economía y Conflicto en Colombia*. Editorial Oveja Negra, Abril, 440 páginas.
- \_\_\_\_\_ (2005). "Elementos para el debate sobre una nueva reforma pensional en Colombia". *Archivos de economía*, No. 156. Departamento Nacional de Planeación.
- Garay, L. J. (2002). Colombia: entre la exclusión y el desarrollo. Bogotá: Contraloría General de la República.
- Nueva Reforma Pensional Ley 100 de 1993, Ley 797 de enero 29 de 2003 y acto legislativo 01 de 2005
- Parra, J. C. (2001): "DNPensión: Un modelo de simulación para estimar el costo fiscal del sistema pensional colombiano", *Archivos de Economía*, No. 150, Departamento Nacional de Planeación.
- Rodríguez, O. (1992). "Los avatares de los seguros económicos y la centralización del ahorro", *Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia*. 1946-1992. CID Universidad Nacional. Bogotá, Colombia. pp. 129-169.
- Superintendencia Financiera de Colombia. (2010), [documento en Internet]. Disponible en: <http://www.superfinanciera.gov.co>

## OBSERVACIÓN ACADÉMICA

**Otra reforma necesaria en el sector salud:  
información financiera y de costos útil para la gestión**

*María Isabel Duque Roldán<sup>18</sup>  
Jair Albeiro Osorio Agudelo*

De la crisis que vive el sector salud en Colombia y su necesidad de reformas mucho se ha dicho. Las causas que han llevado a que gran parte de los hospitales públicos e inclusive algunas clínicas privadas tengan grandes déficits se han imputado, con mucha razón, a factores tales como el incremento en el número de usuarios del sistema, al aumento de los pacientes con enfermedades de alto costo, a las políticas que imperan en el sector en las cuales los recursos no se giran ni oportuna ni suficientemente y al alto costo de la intermediación, la cual es motivo de crítica y denuncias permanentes, que la califican de costosa e ineficiente.

Pero existen al menos dos aspectos sobre los que no se ha discutido suficientemente y que merecen toda la atención de las entidades de vigilancia, regulación, inspección y control del sector salud. Se trata, de un lado, de la calidad de la información financiera que se prepara y, del otro, de la ausencia de políticas claras para la implantación de sistemas de costos.

Como contexto institucional de lo anterior, bastaría con presentar algunas de las conclusiones del estudio realizado en Colombia en el año 2003 por el Banco Mundial (BM) en asocio con el Fondo Monetario Internacional (FMI) denominado “Reports on the Observance of Standards and Codes” (ROSC)<sup>19</sup>. De un lado, existen más de 32 entes reguladores en materia contable y, por lo tanto, una vasta normatividad; asimismo, los principios de contabilidad generalmente aceptados en Colombia fueron calificados

por los inversionistas como obsoletos, indescifrables y demasiado fiscalistas; y finalmente, los reportes contables presentados son de baja calidad.

Para el caso específico del sector salud en Colombia, es importante anotar inicialmente los múltiples entes reguladores que existen en materia contable: Superintendencia de Salud, Ministerio de Protección Social, Comisión de Regulación de Salud, Contaduría General de la Nación, Contralorías, entre otras. Todos ellos emiten circulares, resoluciones o simplemente recomendaciones para la preparación y presentación de información financiera que, en ocasiones, es contradictoria entre sí. Por otra parte, entre dichos entes reguladores no hay uniformidad en las reglas de presentación de esta información, pues hay vigentes varios planes de cuentas para entidades que ofrecen productos y servicios similares. Cada uno de estos planes tienen diferentes configuraciones y excesivos niveles de detalle, que no son necesarios dentro de la contabilidad y que demuestran la confusión que existe entre lo que debe reflejar la contabilidad financiera y lo que corresponde a la contabilidad administrativa o de gestión. Estas confusiones hacen que la información financiera preparada por estas entidades no sea comparable y no sirva como una herramienta útil en el proceso de toma de decisiones sectoriales y ni siquiera empresariales.

Para ejemplo, véase a continuación los distintos planes de cuentas vigentes para el sector salud desde el sector privado y público.

18 Profesores - Departamento de Ciencias Contables. Investigadores - Grupo de Investigaciones y Consultorías en Ciencias Contables-GICCO de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia.

19 Banco Mundial (2003). Informe sobre la Observancia de Estándares y Códigos (ROSC), Colombia. Contabilidad y Auditoría.

## Planes de cuentas vigentes en el sector privado sector salud:

Resolución	Ámbito de aplicación	Observaciones
Res. 724 de 2008 de la Superintendencia de Salud (modificada por las resoluciones 1424 y 1842 de 2008)	Plan único de cuentas para EPS, IPS y entidades que administran planes adicionales de salud y servicios de ambulancia por demanda	Deroga las resoluciones 106/98, 1804/04 y 1711/07.
Res. 1474 de 2009 de la Superintendencia de Salud	Plan único de cuentas para IPS privadas y empresas que prestan servicios de transporte de pacientes	Deroga las resoluciones 724, 1424 y 1842 de 2008 en lo que respecta a IPS privadas y transporte de pacientes

## Planes de cuentas vigentes en el sector público sector salud:

Resolución	Ámbito de aplicación	Observaciones
Res. 222 de 2006 de la Contaduría General de la Nación	Régimen de contabilidad pública	Aplica para todos los organismos y entidades que integran las ramas del poder público en sus diferentes niveles y sectores (incluido el sector salud).

El segundo aspecto es tal vez el que tiene más importancia. Desde la expedición de la ley 100 en 1993, se exigió de manera explícita que todas las entidades del sector implementaran sistemas que les permitieran calcular de manera acertada el costo de cada uno de los productos o servicios que se ofrecían y, por ende, la rentabilidad obtenida. Pero más allá de la exigencia normativa, la importancia de contar con un sistema de costos radica en que es una de las herramientas más valiosas para gestionar adecuadamente los recursos, sobre todo en un sector donde las tarifas son reguladas y la rentabilidad va a estar definida por la eficiencia en el control de los costos y los gastos.

De entrada se reconoce que las entidades que prestan servicios de salud son muy complejas en su configuración. En primer lugar, tienen costos fijos o de infraestructura altos representados en edificios, equipos médicos y dotaciones hospitalarias que implican inversiones altas y que requieren mantenimiento permanente; de igual forma, poseen aplicaciones informáticas que permiten el registro de información en tiempo real y que facilitan el control de los recursos; y por último, el personal asistencial (la mano de obra directa) que puede ser un costo fijo o variable, es el principal componente del costo en este tipo de entidades, no sólo porque representan el desembolso de recursos más significativo, sino porque es quien puede definir directamente tanto el tiempo de duración de las actividades asistenciales

como el consumo de materiales y medicamentos. Al ser los prescriptores y ejecutores directos de las actividades, procedimientos o intervenciones que se hacen a los pacientes, el personal asistencial puede o no contener el consumo de recursos, cosa que no sucede en otro tipo de sectores.

En este orden de ideas, si no se cuenta con adecuados sistemas de información de costos, en los cuales se definan de forma técnica y científica los tiempos y recursos que deben consumirse en el desarrollo de las actividades, para luego ser comparados con los costos reales incurridos en la prestación del servicio, no es posible detectar capacidades ociosas en los equipos, tiempos improductivos del personal, consumo excesivo o anormal de materiales e insumos, pérdidas de equipos o materiales, actividades o servicios que no son rentables y sobre los cuales se deben reestructurar procesos para hacerlos más ágiles y menos costosos. Al respecto, el físico y matemático Lord Kelvin sentenció: “Lo que no se define no se puede medir, lo que no se mide no se puede mejorar, y lo que no se mejora se degrada siempre”.

La carencia de este tipo de información es lo que lleva a muchas instituciones, cuando entran en crisis, a atentar contra la calidad de los servicios prestados en busca de la anhelada rentabilidad: acortamientos de los tiempos de consulta, disminución en la prescripción de medicamentos, en la remisión a espe-

cialistas y en la práctica de pruebas de laboratorio. Medidas que, obviamente, atentan contra la salud de los pacientes, contra la ética médica y que conducen a los usuarios, en última instancia, al trámite de tutelas para que se les garanticen sus derechos.

En una reciente investigación<sup>20</sup>, realizada por el Grupo de Investigaciones y Consultorías en Ciencias Contables de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia (GICCO), cuyo objetivo era analizar los sistemas de costos utilizados por las IPS y ESE para efectos del cálculo de los costos y para la toma de decisiones, se pudo detectar la falta de uniformidad en la aplicación de criterios contables y de costos en dichas instituciones e inclusive, la inexistencia en algunas de ellas de sistemas de costos. La muestra incluyó las principales clínicas y hospitales de Medellín y el Área Metropolitana para medir en ellas las variables importantes del estudio: aplicación de los planes de cuentas vigentes, opinión sobre los mismos, estado de implementación de una metodología de costeo y utilización de ésta en la toma de decisiones institucionales y sectoriales. De las 40 entidades identificadas como población objeto, se escogieron 11 hospitales públicos y 12 clínicas privadas.

En lo que tiene que ver con la aplicación de los planes de cuentas, los cuales son la base para la preparación de información financiera, se encontraron 3 planes vigentes con configuraciones de cuentas y niveles de detalle diferentes, y se detectó un inconformismo generalizado en las IPS privadas con respecto a ellos, por razones tales como los cambios constantes en las reglas de juego (en 2008 y 2009 se presentaron reformas), los niveles de detalle tan grandes para el registro de la información contable, su mal diseño, la improvisación y falta de claridad de la Superintendencia de Salud en lo que debe y no debe abarcar un plan de cuentas, entre otros aspectos.

En lo que tiene que ver con la existencia de un sistema de costos, sólo el 70% de las entidades en-

cuestadas tenían un sistema de costos en operación. En el 26% de éstas, se estaban adelantando procesos de implementación y el 4% no lo habían hecho. Es preocupante, pues la norma de 1993 obligaba a todas las entidades del sector tanto públicas como privadas a establecer sistemas de costos, y pasados más de 15 años muchas clínicas y hospitales que se consideran “grandes” no lo hayan implementado; y peor aún, que las entidades de regulación y control no detecten este tipo de incumplimientos y tomen las medidas correctivas que les permita a las entidades comprender la importancia de desarrollar sistemas de información de costos para apoyar su proceso de toma de decisiones. Pero más grave aun es que el 47% de las entidades que han llevado a cabo procesos de implementación de sistemas de costos, no utilicen la información para la toma de decisiones organizacionales.

En suma y tras el proceso de recolección y análisis de la información y de diálogo con los jefes de departamentos contables y de costos en las entidades del sector, representadas en una muestra de hospitales y clínicas de tamaño significativo, que prestan servicios de primer, segundo y hasta tercer nivel de complejidad y con múltiples unidades de servicio, la investigación del GICCO encontró que hay serios problemas en la calidad de la información contable y de costos que se prepara. Algunas de las razones son las siguientes:

- La normatividad contable y de costos vigente en el sector no es clara, los planes de cuentas que aplican tanto las entidades públicas como las privadas tienen grandes inconsistencias, sobre todo en las cuentas de costos de operación. Y aunque aparentemente cumplen con el procesamiento de la información contable y el reporte de la misma, ésta no es confiable, dado lo complejo del registro por los niveles de detalle exigidos. Por lo tanto, la información generada desde la contabilidad no es una herramienta válida para que las entidades de regulación puedan hacer análisis sectoriales.

---

20 Investigación registrada en el Sistema Universitario de Investigaciones - SUI y financiada con recursos autónomos del Departamento de Ciencias Contables de la Universidad de Antioquia: “Análisis de los sistemas de costos utilizados en las empresas del sector de la salud y su utilidad para la toma de decisiones”.

---

En este aspecto, las entidades encargadas de la inspección, regulación, vigilancia y control deben hacer un replanteamiento profundo y juicioso de sus políticas contables y de costos, con lo cual se logre una adecuada estructuración y unificación de la información solicitada a las entidades del sector, lo que debe conducir a la definición de un *plan único de cuentas para todas las entidades vigiladas* y, posteriormente, hacia una *metodología unificada para el manejo de costos y gastos*, tal y como se ha hecho en otros sectores (Servicios Públicos Domiciliarios, por ejemplo). Para luego generar políticas de medición de gestión y resultados que conduzcan a un replanteamiento de la estructura tarifaria vigente que involucre la fijación de tarifas con base en criterios de costos elaborados sobre sistemas confiables y que tenga en cuenta conceptos como la calidad, capacidad, tecnología, entre otras variables.

- Los criterios aplicados por cada entidad para calcular el costo final de cada uno de sus productos y servicios, y más aún, los niveles de información costeados, son muy diferentes. Dado que el tema de la metodología o metodologías de costeo que se deben aplicar en el sector de la salud es tal vez la decisión más importante que debe tomar el ente regulador, es necesario la realización de estudios que muestren las mejores prácticas en materia de costos para el sector y que conduzcan a la definición de un marco de referencia básico sobre el cálculo de costos, obligatorio para todas las entidades.
- Sobre la utilidad que tiene la información de costos generada por las entidades de salud para la toma de decisiones y la gestión organizacional, es donde más problemas se encuentran. Durante el proceso investigativo se encontraron fallas tanto en el registro de la información contable como en la aplicación de los sistemas de costos. Aspectos sin los cuales es casi imposible que la información que se genera sea útil para apoyar las decisiones gerenciales. Los modelos de costos tienen necesariamente que evolucionar de lo instrumental a lo analítico.

La verdadera utilidad de un modelo de costos radica en las decisiones que a partir de la información se puedan tomar. Entre las cuales aparecen: el análisis de actividades, la racionalización de recursos, el análisis de capacidad, el cálculo de puntos de equilibrio, combinación de productos o servicios, cálculo de contribuciones marginales y márgenes de rentabilidad, comparaciones internas y externas, simplificación de procesos, programas de beneficios, planeación adecuada de la cadena de suministros, decisiones de tercerización, análisis de eficiencia y productividad, entre otras; o decisiones tomadas por las entidades de regulación y control tales como: análisis de demanda y oferta, costos medios de prestación de los servicios, eficiencia en la utilización de recursos transferidos, cálculo de indicadores sectoriales, clasificaciones de hospitales y clínicas de acuerdo con el comportamiento de sus costos, etc.

Una conclusión final se puede desprender al final de la investigación. Es el momento que la Superintendencia Nacional de Salud haga un alto en el camino y replantee de forma profunda y juiciosa la forma en que ha venido abordando el tema. En igual sentido, es urgente que se genere una política sectorial que mejore la calidad, cantidad y oportunidad de la información de costos en un sector como el de salud que tiene tanta trascendencia, no sólo por la cantidad de recursos que se invierten, sino por la importancia que tienen las actividades que allí se desarrollan para la vida digna de las personas y la comunidades.

Llegado a este punto, es fundamental que los entes reguladores, los representantes de las empresas y la academia, participen en la definición de políticas contables y de costos unificados y precisos para el sector salud en general. Así las cosas, se podría llegar a la publicación de reportes de los costos de operación de los hospitales como lo hacen otros países: Reino Unido, Francia, Italia, España, Australia y Estados Unidos.

## OBSERVACIÓN ESTADÍSTICA

**La medición de la cobertura y el acceso a servicios de salud en Colombia a través de las Encuestas de Calidad de Vida***Sara Catalina Atehortúa Becerra*

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida –ENCV– tiene sus antecedentes en los años de 1991 y 1993 cuando se realizó una medición para Bogotá y para el país, respectivamente. A partir de 1997 se institucionalizó la aplicación de una medición de calidad de vida bajo la responsabilidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–, siguiendo la metodología implementada por el Banco Mundial para las encuestas de Medición de Condiciones de Vida –LSMS–, y con una periodicidad de tres o cuatro años, según lo permitiera la disponibilidad de recursos<sup>21</sup>.

El objetivo inicial de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997 –ENCV97– era “dotar al país de información oportuna y confiable sobre la calidad de vida de la población y contribuir al mejoramiento del proceso de planeación y toma de decisiones” (DANE, 1997), mientras que en su versión del año 2003 –ENCV03– se matizó un poco el objetivo inicial y se estableció que el propósito era “medir en forma actualizada las condiciones socioeconómicas de la sociedad colombiana y permitir la descripción y análisis de la estructura social” (DANE, 2003); y finalmente, en la versión más reciente, la de 2008 –ENCV08–, se establece que el objetivo es “obtener información que permita analizar y realizar comparaciones de las condiciones socioeconómicas de los hogares Colombianos, que permitan hacer seguimiento a las variables necesarias para el diseño e implementación de políticas públicas y para el seguimiento de los Objetivos del Milenio” (DANE, 2008).

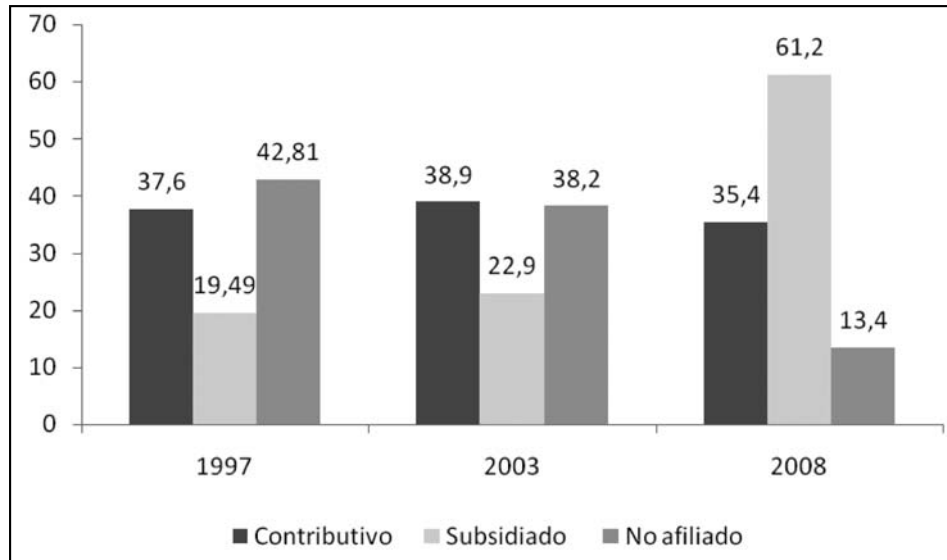
La ENCV en distintas versiones se ha convertido en un instrumento importante al alcance de políticos e investigadores en la medición de cuestiones relacionadas con la pobreza, el acceso a servicios públicos domiciliarios, asuntos relacionados con el nivel educativo y el sistema de salud colombiano, entre otros. En particular, el módulo de salud de la encuesta ha sido de gran ayuda en la comprensión de aspectos como el estado de salud auto reportado de la población y el acceso a servicios de salud; y además, en lo que se refiere a la cobertura de la seguridad social en salud, los resultados de la encuesta complementan y permiten contrastar la situación con los reportes oficiales que en esta materia emite el Ministerio de la Protección Social.

La cobertura de la seguridad social en salud ha ido en aumento: de 1997 a 2003 tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado el porcentaje de personas afiliadas aumentó, aunque dicho aumento fue más notorio en el segundo régimen que en el primero, pues mientras en el subsidiado la cobertura subió en poco más de tres puntos porcentuales, en el contributivo lo hizo en poco más de un punto porcentual; de 2003 a 2008 la situación se revierte en el régimen contributivo, en donde la cobertura disminuyó en tres puntos y medio, mientras que en el subsidiado se dio un espectacular aumento de casi cuarenta puntos porcentuales; y la no afiliación ha ido en disminución como es de esperarse dados los aumentos en la cobertura de los dos regímenes de salud ya mencionado, en especial en el periodo 2003-2008, y ayudado en gran medida por el aumento en el número de beneficiarios del régimen subsidiado (gráfico 1).

21 En la práctica esta periodicidad se ha convertido en 6 años entre la primera y la segunda encuesta y 5 años entre la segunda y la tercera.



**Gráfico 1.** Colombia: cobertura de la seguridad social en salud según tipo de afiliación y no afiliación, 1997, 2003 y 2008



Fuente: DANE, ENCV97, ENCV03 y ENCV08.

El acceso a servicios de salud se mide en la ENCV a través de la pregunta que capta el tipo de atención que recibieron los entrevistados para solucionar algún problema de salud en caso de hubiesen manifestado tener alguno en el momento de la encuesta. Se toma como acceso la opción de respuesta correspondiente a la asistencia a un médico general o especialista y se excluyen las opciones que no están relacionadas con la búsqueda de atención institucional del sistema de salud<sup>22</sup>, y a quienes afirman no hacer nada para solucionar dicho problema de salud. Se nota como en este punto también hay avances debido a que para el año de 1997 el 77,2 % de quienes habían tenido algún problema de salud habían consultado con un médico, este porcentaje disminuyó en 2003 pues fue igual a 67,9%, y en el 2008 del total de personas que manifestaron tener algún problema de salud, el 77,7% buscaron solucionarlo con un médico general o especialista.

Entre las principales barreras al acceso, las personas encuestadas siguen mencionando la falta de dinero como la razón más importante para no acudir a los servicios de salud en caso de enfermedad, aunque debe decirse que esta situación ha disminuido de 2003 a 2008, pues pasó de ser mencionada por el 39,3% al 23,4% de los encuestados, respectivamente.

### Referencias bibliográficas

DANE (1997). Ficha metodológica, [documento en Internet]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ficha\\_encv\\_97.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ficha_encv_97.pdf)

\_\_\_\_\_ (2003). Ficha metodológica, [documento en Internet]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ficha\\_calidad\\_vida\\_2003.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ficha_calidad_vida_2003.pdf)

\_\_\_\_\_ (2008). Ficha metodológica, [documento en Internet]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ficha\\_calidad\\_vida\\_2008.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ficha_calidad_vida_2008.pdf)

Ramírez et al (2005). “Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las Encuestas de calidad de vida”. *Borradores de Investigación*, No. 72, Universidad del Rosario.

22 Se refieren a opciones como: consultó con el tégua, yerbatero, se auto recetó, fue al farmacéuta, entre otras.

## Reseña Boletín Informativo No. 1

### II Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud. “Dilemas y decisiones en los sistemas de salud”.

#### ACOES

El Boletín No 1 es el compendio general del II Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES) realizado en la ciudad de Cartagena de Indias los días 14, 15 y 16 de octubre de 2010. Con la participación de destacados investigadores y académicos internacionales, la orientación académica del evento reconoce que los países enfrentan serios dilemas en materia de salud, los cuales se convierten en desafíos cuando se trata de tomar decisiones en busca de mejorar las condiciones de calidad, sostenibilidad, equidad y eficiencia de los sistemas de salud.

En primer lugar, los dilemas que afrontan los sistemas de salud en el mundo implican pensar en la necesidad que tienen los gobiernos de definir prioridades en salud. Por ejemplo, ¿cuál enfermedad o grupo de pacientes atender? Asimismo, los *dilemas asociados a las enfermedades crónicas*, enfermedades costosas en escenarios de recursos limitados, etc. Aunque la evaluación económica puede aportar criterios a la elección de qué enfermedades tratar, también se enfrenta ante los dilemas de la disponibilidad de tecnologías efectivas pero muy costosas, así como al “umbral de pago” para incluir o no una tecnología específica.

Otro dilema importante tiene que ver con *prevenir o curar*. Particularmente, la evaluación económica de las vacunas es reciente en Colombia, aunque ha crecido de manera importante y presenta retos metodológicos. Sobre *los dilemas en el sistema de seguridad social en Colombia*, es común encontrar

respuestas insuficientes para enfrentar las desiguales sociales en salud y limitaciones financieras estructurales relacionadas directamente sobre el tipo y calidad de las relaciones salariales en el país.

En este marco general de dilemas en los albores del siglo XXI, los responsables de los sistemas de salud en cada uno de los países deben tomar decisiones cruciales que exigen introducir reformas de variada índole. Sin desconocer las dificultades tanto operativas como financieras que estas acciones implican, el reto de mejorar el desempeño del sistema de salud colombiano, involucra, entre otros aspectos, garantizar equidad, calidad y sostenibilidad financiera, así como cumplir con las obligaciones de actualizar y unificar los planes obligatorios de salud.

Por último, en el marco del II Congreso se realizó el coloquio de investigadores en Economía de la Salud. Allí se planteó la importancia de posicionar a la Economía de la Salud como un área académica fuerte de trabajo aplicado, que influya sobre la toma de decisiones y las políticas públicas en salud. Para ello es prioritario que se fortalezca la formación de alto nivel en varias áreas y sub áreas que cubre la Economía de la Salud. Todo esto puede tener un mayor grado de efectividad si la propuesta de conformación de alianzas entre universidades y centros de investigación se materializa, a fin de contribuir en el debate de política pública respecto a los “dilemas y decisiones” en los sistemas de salud de la mayoría de los países del mundo.

MARZO DE 2011

# BOLETÍN INFORMATIVO No. 1



## CONTENIDO

1. PANORAMA INTERNACIONAL Y NACIONAL .....	3	Panel 3: Dilemas y decisiones de la cobertura y la equidad de la seguridad social en Colombia .....	10
Panel 1: Costos económicos y fiscales de las enfermedades crónicas .....	6	4. REFORMA A LOS SISTEMAS DE SALUD .....	11
2. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS NUEVAS VACUNAS EN PAÍSES EN DESARROLLO.....	7	Panel 4: Las principales decisiones que debe asumir Colombia para mejorar el desempeño del sistema de salud y cómo hacerlo.....	13
Panel 2: Evaluación económica de vacunas. El dilema de prevenir o curar .....	8	COLOQUIO DE INVESTIGADORES EN ECONOMÍA DE LA SALUD .....	14
3. ¿COLOMBIA LOGRARÁ LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)? .....	9	TRABAJOS Y POSTERS PRESENTADOS EN EL CONGRESO ...	15
		IN MEMORIAM: PHILIP MUSGROVE.....	16

## Actualidades del GES

### Trabajos de grado

#### - Posgrado

Atehortúa B. Sara C. (2010). Impacto del Seguro Subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud en la ciudad de Medellín-Colombia. Tesis para obtener el título de Maestra en Gobierno y Asuntos Públicos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México.

Mejía M. Aurelio (2010). Cost-effectiveness of a nurse facilitated, cognitive behavioural self-management programme compared with usual care for patients with heart failure. Tesis para obtener el título de Maestría en Economía de la Salud. University of York. Reino Unido.

#### - Pregrado

Mejía P. María E. (2010). Los costos médicos de accidentes de tránsito en una cohorte de pacientes lesionados en una clínica de la ciudad de Medellín entre junio 2009- abril 2010. Memoria de grado, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

### Información de interés

- Dos miembros del GES han culminado sus estudios de Posgrado en el exterior: Sara Catalina Atehortúa. Economista de la Universidad de Antioquia y Magistra en Gobierno y Asuntos Públicos en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -FLACSO- México. Aurelio Mejía Mejía. Economista de la Universidad de Antioquia y Magister en Economía de la Salud en la University of York.

### Información institucional:

#### Rector de la Universidad de Antioquia:

Alberto Uribe Correa

#### Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Ramón Javier Mesa Callejas

#### Director del Centro de Investigaciones y Consultorías:

Mauricio Alviar Ramírez

#### Coordinador del GES:

Juan García

#### Profesionales:

Aurelio Mejía  
Sara Atehortúa  
María E Mejía

#### Estudiantes en formación:

Juliana Arias Ciro  
Mateo Ceballos González  
Carolina Ramírez Zuluaga

#### Diseño, diagramación e impresión:

L. Vieco e Hijos Ltda.

E-mail: [ges@udea.edu.co](mailto:ges@udea.edu.co)

<http://economia.udea.edu.co/ges>

*Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.*